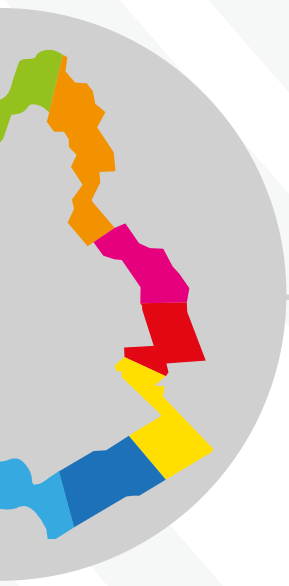




FEEDBACK VAN DE COVID-19- CRISIS IN BRUSSEL

EEN TRANSVERSALE EN GEÏNTEGREERDE
EVALUATIE

SEPTEMBER 2020



Inleiding.....	2
I. De grote lijnen van de COVID-19-crisis voor de eerstelijnszorg	5
I.1/ Vanuit het standpunt van de zorg- en hulpbehoevenden	5
I.2/ Vanuit het standpunt van de zorgverleners.....	7
I.3/ Invloed op het zorgaanbod	7
II. Aanpassingsvermogen van de organisatie en continuïteit van de niet-dringende zorg.....	8
II.1/ De crisis: “proof of concept” van domeinen en werkwijzen?.....	8
II.2/ Herverdeling van functies onder de partijen van het zorgaanbod.....	9
II.3/ Omstandigheden voor continuïteit van de niet-COVID-zorg.....	12
III. Een plaatselijke aanpak op wijk- of gemeentelijk niveau als beter gestructureerde schakel voor zorg en nauwer verbonden met de burger?	15
III.1/ Functies op wijkniveau	15
III.2/ Meer plaats voor burgers in de gezondheidszorg?	16
IV. Tien actiepunten	17
1 – Collectieve definitie van gezondheid.....	17
2 – Inclusieve initiatieven bevorderen.....	17
3 – De duidelijke herkenbaarheid van het sociale aanbod en het zorgaanbod verzekeren.	17
4 – Lokale initiatieven ondersteunen (buurtgerichte aanpak, verantwoordelijkheid voor de bevolking van een bepaalde zone enz.)	18
5 – Woon- en zorgcentra (voor ouderen, personen met een handicap of specifieke doelgroepen) zien als geïntegreerde leefplekken.	18
6 – Gaan voor meerrichtingsverkeer	18
7 – Zorgrelaties op moeilijke situaties voorbereiden.	19
8 – Palliatieve cultuur ontwikkelen.....	19
9 – Administratief beheer vereenvoudigen of uitbesteden.	19
10 – Zorgen dat overheden en buurtdiensten in Brussel in crisistijden kunnen terugvallen op stuurgroepen en stuurplannen.....	19
Conclusie	20
Bibliografie.....	22

CONSTATERINGEN EN PROBLEEMSTELLING

Tijdens de eerste COVID-19-besmettingsgolf in België, van maart tot juni 2020, hebben de ziekenhuizen, eerstelijnszorg en huisartsengeneeskunde, waaronder thuiszorg, maar ook professionals uit de sociale zorg, geestelijke gezondheidszorg, laagdrempelige organisaties en opvangfaciliteiten zich georganiseerd om de noodsituatie aan te pakken. In eerste instantie was de schijnwerper vooral gericht op de ziekenhuizen, sleutelspelers in het biomedische gezondheidssysteem dat de politieke aanpak van de crisis in grote mate heeft bepaald. Het is echter een feit dat het hele medisch-sociale stelsel zwaar op de proef werd gesteld om een "crisis"-situatie het hoofd te bieden. Die situatie kenmerkt zich door de aanwezigheid van een virus met een hoge besmettingsgraad, dat dodelijk kan zijn, vooral voor de kwetsbaarste bevolkingsgroepen: ouderen, mensen met een verminderde immuniteit of die al lijden aan een acute of chronische ziekte. Er werd beslist om de toegelaten verplaatsingen en sociale contacten sterk te beperken. Fysieke isolatie en uitwisselingen via communicatietechnologieën werden daarentegen gestimuleerd. Die situatie heeft een gezondheidssysteem getroffen dat al verzwakt was en niet voorbereid op een infectieziekte die gelijktijdig onder de hele bevolking uitbrak. Het ging zowel om ziekenhuizen met beperkte capaciteit op de afdeling Infectieziekten als professionals in de zorg- en hulpverlening.

Men kan zich in die context voorstellen dat als de spoedafdelingen van ziekenhuizen overspoeld waren geweest met courante problemen, ze onmogelijk de nieuwe zorgnoden door het coronavirus hadden aangekund. Het lijkt erop dat de ziekenhuizen konden 'standhouden' en de toevloed opvangen deels dankzij andere actoren in de gezondheidszorg. Maar tegelijkertijd bleven talrijke, regelmatig opduikende zorg- en hulpverleningsproblemen onopgelost. Daarnaast steeg het aantal niet-gebruikers van de gezondheidszorg en werden sommige psychosociale en omgevingsgerelateerde gezondheidsdeterminanten veronachtzaamd. Door vermoeidheid bij een groot aantal zorgverleners loopt de eerstelijnszorg vandaag het risico dat ze niet in staat is de strijd verder te zetten tegenover een drievoudige bedreiging: het virus dat niet verdwenen is, de problemen die in de periode van maart tot juni ontstaan of verergerd zijn en tot slot de terugkeer van routinesituaties die niet of minder opgevolgd werden tijdens de lockdown.

Ongeacht of er in de komende maanden nog pandemische besmettingsgolven aankomen, is het duidelijk dat het gezondheidssysteem zich moet voorbereiden op een constante aanwezigheid van COVID-19 en de infectieziekte moet integreren in haar werking, in afwachting van oplossingen om de epidemie in te dammen en uiteindelijk uit te roeien. Net zoals ze in het verleden heeft gedaan met andere bekende infectieziekten. Hoe dan ook staat de gezondheidszorg een tweede inspanningspiek te wachten. Ze zal namelijk allerlei kwetsbaarheden moeten aanpakken die geen of minder aandacht hebben gekregen tijdens de lockdown en soms verergerd zijn. Ook kunnen we op basis van de kennis van de sociale gezondheidsdeterminanten ervan uitgaan dat de economische gevolgen van de crisis voor de werkgelegenheid en de precare situatie een impact zullen hebben op de fysieke en mentale gezondheidstoestand van een deel van de bevolking.

TRANSVERSALE VRAGEN

BRUSANO wil meedenken over de manier waarop de gezondheidszorg zich kan aanpassen aan die nieuwe parameter, en meer in het algemeen aan de onzekerheid van individuele en collectieve situaties waarmee de hulp- en zorgverleners worden geconfronteerd en die ze waarschijnlijk in de toekomst zien terugkeren. Talloze reflecties en getuigenissen kwamen in de algemene en gespecialiseerde media aan bod en toonden aan hoe de verschillende beroepen, structuren en sectoren in de hulp- en zorgverlening die periode hebben doorstaan. BRUSANO heeft zich op deze

artikels gebaseerd om inzicht te krijgen in hoe de verschillende partijen van het gezondheidsstelsel in Brussel tijdens de crisis hebben geïnterageerd om de verschillende sectorale en beroepsgerelateerde analyses te integreren en zelf een transversale analyse te maken vanuit de volgende centrale vraag:

WAT WAS DE CAPACITEIT VAN DE EERSTELIJSZORG, IN INTERACTIE MET DE ANDERE SECTOREN, OM ZICH TE ORGANISEREN VOOR DE VOORTZETTING VAN DE NIET-COVID-ZORG?

Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de coördinatiecapaciteit tussen de verschillende spelers in de gezondheidszorg. Welke structurele samenwerkingskanalen hebben gefunctioneerd en hun doeltreffendheid bewezen? Welke kanalen waren ontoereikend? Welke moesten worden gecreëerd? Wat heeft het systeem eventueel nodig om de verandering te kunnen dragen zonder te moeten werken in urgentiemodus en onder tijdsdruk?

DOELSTELLINGEN

Met deze nota beoogt BRUSANO de volgende doelstellingen:

- De goede praktijken verzamelen en de gebreken identificeren bij een langetermijnaanwezigheid van het epidemiegevaar, en de structurele werking van de samenwerkingen in Brussel versterken,
- Het actieplan van BRUSANO en de diverse lopende beraadslagingen in Brussel (Relanceplan, geïntegreerd Sociaal-Gezondheidsplan...) voeden met nieuwe inzichten.

HYPOTHESEN

“Casestudy’s tonen aan dat wat werkelijk telt in crisismomenten niet zozeer de procedures en tools zijn die ter beschikking van de deelnemers staan, maar wel hun capaciteit om samen te werken. Want de actoren hangen sterk af van reeds bestaande of tijdens de crisis gelanceerde vormen van kennisdeling en interactie”¹. Volgens de studie van Henri Bergeron en de coauteurs kan de hypothese worden geformuleerd dat er zich initiatieven konden ontplooien wanneer er al bepaalde relaties of verbanden waren (routinematige samenwerkingen, vertrouwen tussen sommige actoren).

We kunnen ook veronderstellen dat wanneer het overheidsingrijpen beperkt bleef en hier en daar traag leek, er discrete actoren zijn opgestaan als stakeholders van het medisch-sociale zorgaanbod.

Tot slot werden de zwakste schakels en onderdelen van het gezondheidssysteem onder druk gezet. Deze episode kan dus de zwakheden van het systeem blootleggen evenals de elementen die moeten worden versterkt. Omgekeerd kan het getuigenisonderzoek sommige sterke punten van het medisch-sociale aanbod als systeem aan het licht brengen.

METHODE

Om deze nota te realiseren heeft BRUSANO een vijftigtal literatuurstukken verzameld (wetenschappelijke artikels, vak- of sectorale tijdschriften, enquêtes, grijze literatuur en algemene media). Ze werden geselecteerd volgens hun relevantie voor de situatie in Brussel, de strategische assen van BRUSANO en de hierboven gestelde transversale vraag. We hebben ook naar referenties gezocht over de ervaringen van de verschillende zorgverstrekkers en sectoren in de Brusselse medisch-sociale zorg- en hulpverlening. Gezien de overvloed van referenties en de realisatietermijn van deze nota is het geen compleet overzicht. Het bevat een tiental Nederlandstalige referenties. Daarnaast is het ook beperkt door een “publicatiebias”, aangezien sommige actoren productiever zijn dan anderen. BRUSANO heeft zich ook op zijn eigen ervaringen gebaseerd. Die bestaan zowel uit uitwisselingen met zijn partners als contacten met zorgverstrekkers en patiënten via de telefonische wegwijzerdienst (Helpdesklijn). Deze nota geeft een transversale thematische analyse van al die elementen.

OPZET

Om te onderzoeken hoe de interprofessionele samenwerkingen georganiseerd of gereorganiseerd werden voor de continuïteit van de niet-COVID-zorg, vooral in complexe situaties, hebben we dit overzicht in vier delen opgesplitst. Eerst zullen we de grote lijnen van de crisis aangeven voor de eerstelijnszorg in de ruime zin van het woord. We zullen kijken hoe de zorgorganisatie buiten de ziekenhuizen zich heeft aangepast en welke omstandigheden al dan niet de continuïteit van de niet-COVID-zorg hebben bevorderd. Daarna onderzoeken we op welke manier en onder welke omstandigheden de lokale zorgverstrekking een relevante schakel kan zijn in de zorgstructuur, waarbij sterk de nadruk wordt gelegd op burgerparticipatie. Tot slot stellen we een aantal werkplanken voor om de verandering te ondersteunen die nodig is voor een lokale, geïntegreerde zorgverlening.

I. DE GROTE LIJNEN VAN DE COVID-19-CRISIS VOOR DE EERSTELIJNSZORG

De periode maart-juni 2020 kenmerkte zich door een piek van besmettingen en ernstige COVID-19-gevallen, maar ook door een lockdown van de bevolking. Ze nam een bijzondere wending voor de verschillende actoren: enerzijds de zorg- en hulpbehoevenden, anderzijds de zorgverstrekkers. De situatie in beide groepen had gevolgen voor het gezondheidssysteem in het algemeen.

I.1/ VANUIT HET STANDPUNT VAN DE ZORG- EN HULPBEHOEVENDEN

VERSCHILLENDE NIET-AANGEPAKTE PROBLEMEN

Tallose problemen werden niet opgevolgd of aangepakt tijdens de crisisperiode. Er waren de traditioneel voorkomende problemen, maar ook kwesties die verergerden door de lockdown², door de sanitaire veiligheidsmaatregelen, door angst voor de crisis, door veranderingen in de beschikbaarheid van medische diensten en waarvoor geen pasklaar antwoord was. Vooral de schrik om besmet te raken, anderen te besmetten en de zorgverstrekkers en het gezondheidssysteem te belasten heeft mogelijks geleid tot situaties van sterke isolatie en geen beroep willen doen op de zorg- en hulpverlening. *“De aanwezige mechanismen voor niet-gebruikmaking van de gezondheidszorg werden nog versterkt door de sluiting van verschillende diensten, de aanmaningen om thuis te blijven en om de eerstelijnszorg niet te overbelasten en door het toegenomen sociale isolement”*³.

Voorbeelden van deze problemen hebben te maken met het levenseinde: de moeilijkheid om naaste familie in het ziekenhuis te bezoeken en de grotere nood aan specifieke psychologische begeleiding bij rouw in een crisissituatie (traumatische rouw, moeilijkheid om traditionele rituelen uit te voeren...)⁴. De veranderde ziekenhuispraktijken door de crisis zullen ook gevolgen hebben gehad voor bevallingen: de onmogelijkheid om als echtgenoot of naaste een vrouw naar de kraamkliniek te vergezellen, rapportering van ervaringen als obstetrisch geweld⁵, waarvoor waarschijnlijk begeleiding nodig was geweest. De Fédération Laïque de Centres de Planning Familial signaleerde ook een daling van het aantal abortussen, terwijl in de farmaceutische sector de verkoop van zwangerschapstesten met bijna 25% steeg, volgens Ophaco⁶⁻⁷.

Andere problemen hebben te maken met de mobiliteitsbeperkingen. Zoals de besloten familiekring, met intrafamiliaal geweld tot gevolg, of fysieke immobiliteit die een schadelijke invloed had op de gezondheid van sommige chronisch zieken (verstoorde eetgewoonten bij een diabeticus, een diabetische voet die moet geamputeerd worden). Deze personen hadden te lijden onder een soms gebrekkige opvolging van hun chronische pathologie of hebben die zien verergeren²⁻⁸. Er werden ook psychische problemen en/of uitingen van eenzaamheid vastgesteld⁹, evenals stigmatisering van sommige doelgroepen en een stijging van aantal slachtoffers bij de daklozen.

Enerzijds was er de continuïteit van de chronische opvolgingsbehoeften en een toename van begeleidingsbehoeften. Anderzijds steeg het aantal mensen dat niet gebruikmaakt van de hulp- en zorgverlening en was het zorgaanbod onvoldoende voorbereid om tegemoet te komen aan die behoeften. Die paradox heeft mogelijkwerwijs geleid tot onvoldoende begeleiding voor die noden.

Bovendien bereikten de informatie- en preventiecampagnes een deel van de bevolking niet, hetzij omdat ze de voornaamste nationale informatiekkanalen niet gebruikte, hetzij omdat ze de boodschappen verkeerd interpreteerde. Dat was bijvoorbeeld het geval bij mensen die in Initiatieven voor Beschut Wonen verblijven en mensen van vreemde origine.

SOMMIGE PSYCHOSOCIALE EN OMGEVINGSGERELATEERDE GEZONDHEIDSDETERMINANTEN ONDERMIJND

“De zwakste en kwetsbaarste mensen in onze samenleving betalen een zware prijs voor deze crisis: daklozen hebben geen opvangplaats meer om te slapen of uit te rusten; mensen die afhankelijk zijn van voedselhulp kunnen slechts rekenen op een beperkt aantal pakketten, zwartwerkers zijn aan zichzelf overgeleverd, ex-gedetineerden met strafvermindering weten niet waar ze onderdak kunnen vinden; sekswerkers mogen hun activiteit niet meer uitoefenen en zitten zonder inkomen”⁸⁻¹⁰⁻¹¹. We kunnen deze lijst nog aanvullen met bijzonder kwetsbare groepen, zoals mensen zonder verblijfsstatus, buitenlandse studenten die in België vastzitten... De combinatie van de lockdown en de vertraging van de economische activiteit had en heeft nog altijd een invloed op de voornaamste psychosociale gezondheidsdeterminanten: mogelijkheid tot lichaamsbeweging, toegang tot voedsel, toegang tot het werk, tot huisvesting... Ook mensen die niet over informatie- en communicatietechnologieën beschikten, bevonden zich in een precaire situatie, des te meer daar talloze initiatieven het gebruik van die technologieën impliceerden⁹. De term “precariteit”, in de betekenis van een omstandigheid die sterk afhankelijk is van het toeval, heeft zijn betekenis bewezen, want de mensen die al in een moeilijk parket zaten, hebben hun situatie zien verergeren. Gezien het bekende belang van die determinanten voor de gezondheid kunnen we daarom verwachten dat de doorgemaakte crisis als een tijdbom zal werken voor de niet-COVID-zorg en de psychosociale begeleiding in postcrisistijd. Zonder het te hebben over de behoefte aan sociale bijstand, die de individuele situatie wellicht nog complexer zal maken.

ONTSTAAN EN ACCENTUERING VAN BEHOEFTE DIE TOT DUSVER WERDEN GEZIEN ALS MINDER DRINGEND DAN DE BEHOEFTE DIE EEN MEDISCHE BEHANDELING VRAGEN

De crisisperiode van maart tot juni heeft zware ethische vragen doen rijzen die plots belangrijker werden voor een groot aantal actoren.

Wat is essentiële zorg?

Die periode heeft eerst en vooral duidelijk gemaakt hoe moeilijk het is om te bepalen wat “essentiële” en “dringende” zorgverlening is. We kunnen dat aangrijpen als een tot nu onbenutte kans om onder de verschillende vakgebieden en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties overeen te komen wat “essentiële” en “dringende” zorg is, zonder de visie van de zorg- en hulpbehoevende en zijn mantelzorgers te vergeten.

We staan namelijk voor een paradox: de voorzieningen die we hebben getroffen om de verspreiding van het virus een halt toe te roepen hebben soms tegelijkertijd de banden verbroken met mensen die verzorgen in beslissende fasen van een mensenleven: *“We kunnen niet kiezen voor het behoud van dit naakte, biologische leven en daarbij het risico lopen om onze menselijkheid te verloochenen. Dat gaat ten koste van wat ons leven menselijk maakt en het zin, waarde en grandeur geeft: dat we de beslissende momenten, zoals geboorte, ziekte, oud worden en overlijden, met anderen kunnen delen.”¹²*

Nood aan eerherstel voor bejaarden

“We moeten ook die donkere bladzijde uit de epidemie, namelijk de verwaarlozing, ontzegging van gezondheidszorg en opsluiting van bejaarden, aandachtig herlezen. En hen vervolgens onze verontschuldiging aanbieden en voorzieningen treffen en waakzaam zijn zodat we nooit meer zulke fouten begaan”¹³⁻¹⁴. Die oproep nodigt uit om na te denken over onze collectieve verantwoordelijkheid om de voorwaarden te scheppen voor bakens die als richtsnoer kunnen dienen voor de zorgverleners. Die nood aan “eerherstel” bij een deel van de ouderen is er ook bij mensen met een handicap die in opvangvoorzieningen verblijven, hun familie en zorgverleners, die zich mogelijk in de steek gelaten voelden omdat ze geen ondersteuning kregen van andere actoren in het gezondheidssysteem¹⁵.

Nood aan ondersteuning voor de verzorgenden die geconfronteerd werden met overlijdens in moeilijke omstandigheden

Het zorgpersoneel voelde zich soms machteloos bij het overlijden van hun patiënten¹⁶. Er zijn voor hen voorzieningen getroffen: psychologen, hulplijnen, praatgroepen.

Nood aan zingeving

De COVID-19-crisis, die bovenop andere, al aanwezige crisissen komt, met name de klimaat- en milieucrisis waarmee ze is verbonden, veroorzaakt en versterkt een gevoel van verlies aan houvast bij een deel van de bevolking. **“Dat nieuwe virus heeft in enkel weken tijd onze fundamentele, overtuigingen, levenswijze en onze band met anderen op losse schroeven gezet”**, vat Olivier Abel, protestants filosoof, de situatie samen¹⁷.

I.2/ VANUIT HET STANDPUNT VAN DE ZORGVERLENERS

De zorgprofessionals moesten in verschillende opzichten het hoofd bieden aan de onzekerheid die deze crisis kenmerkt:

- Verlies aan houvast: de werkprocedures wisselden voortdurend en waren soms vaag, en zelfs onbegrijpelijk door een onhandige communicatie (cf. bezoek van familie in wzc's), waardoor de verzorgenden soms tegenstrijdige instructies kregen;
- De samenstelling van de teams wijzigde (afwezigheden, opvang van gedetacheerd personeel);
- De op te volgen situaties veranderden soms, terwijl de gewone situaties bleven bestaan en af en toe verergerden;
- De werkmodaliteiten in team veranderden (afstand, videovergaderingen, aantal vergaderingen...);
- De emotionele belasting nam toe¹⁴⁻¹⁸;
- De meegemaakte of gevoelde achteruitgang van de zorgkwaliteit heeft mogelijk stress, frustratie en een gevoel van machteloosheid veroorzaakt, zelfs als die gevoelens er al vóór de crisis waren. Getuige de sociale conflicten voor meer loon en middelen in de gezondheidszorg en de non-profitsector⁽¹⁴⁻¹⁹⁻²⁰⁾;
- Het gevaar om familie en vrienden met het coronavirus te besmetten bracht ongerustheid en schrik met zich mee. Dat heeft geleid tot soms onmogelijke keuzes in het evenwicht tussen beroeps- en privéleven;
- De maatschappij had een heterogene kijk op het zorgpersoneel: uitingen van steun of uitsluitingsgedrag door de buurt.

I.3/ INVLOED OP HET ZORGAANBOD

De hierboven beschreven crisissituatie en de vormen die ze heeft aangenomen voor de verschillende actoren heeft geleid tot de volgende effecten op het zorgaanbod:

- Bij sommige verzorgenden: minder onderlinge steun, die zich gewoonlijk door het fysieke contact kon ontwikkelen en die nu minder vanzelfsprekend is door de ruimtelijk gescheiden teams in een tijd dat het zorgpersoneel het soms moeilijk heeft;
- Overbelasting van zorgpersoneel dat actief bleef.

II. AANPASSINGSVERMOGEN VAN DE ORGANISATIE EN CONTINUÏTEIT VAN DE NIET-DRINGENDE ZORG

Hoe hebben de zorg- en hulpdiensten zich gereorganiseerd om het hoofd te bieden aan de situaties zoals beschreven in het punt hierboven? In het bijzonder, hoe konden de verschillende functies van de eerstelijnszorg blijvend uitgevoerd worden (2) en wat waren de voorwaarden voor hun continuïteit²⁵ (3)? Alvorens in te gaan op deze vragen moeten we vaststellen dat de verschillende sectoren elk hun positionering in het zorgaanbod opnieuw hebben onderzocht en hun essentiële aanwezigheid in het zorgsysteem hebben bepleit, zelfs en soms a fortiori tijdens de gezondheidscrisis. De uiting van die behoefte aan erkenning gebeurt in een context waar de legitimiteit van het optreden grotendeels aan vooral medische actoren werd verleend (virologen, epidemiologen, artsen) binnen de verschillende instanties voor crisisbeheer op federaal en gewestelijk niveau²¹, ten koste van de paramedische sector en de disciplines in de psychosociale begeleiding (1).

II.1/ DE CRISIS: “PROOF OF CONCEPT” VAN DOMEINEN EN WERKWIJZEN?

Het overzicht van geciteerde referenties in de bibliografie toont duidelijk aan dat sommige beroepen willen bekendheid geven aan het feit dat de crisiscontext hun nut en de relevantie van hun acties tijdens de crisis en erna, mocht dat nodig zijn, heeft bewezen, door de aard van de aangeboden dienst en/of hun werkmethode (ruimtelijkheid, financieringswijze). Voor hen was de crisis een “*proof of concept*”: een demonstratie van de rechtmatigheid en uitvoerbaarheid van de voorgestelde dienst.

ACCENTUERING OF VERSTERKING VAN SOMMIGE FUNCTIES

Zo worden verschillende, door bepaalde zorgverstrekkers opgeëiste functies onderstreept:

De oriënterende functie van de huisarts

Ook al werd er mogelijkserwijs pas laat gebruikgemaakt van de rol van huisartsen in het zorgaanbod en ondanks de beperkte toegang tot tests en individuele beschermende uitrusting, feit blijft dat door verschillende initiatieven huisartsen werden ingeschakeld bij de bevragingen en vragen van het publiek in verband met een eventuele besmetting, de triage van die vragen en de eventuele doorverwijzing naar het ziekenhuis of relevante actoren in de begeleiding. In dat opzicht werd de functie van oriëntering / *gatekeeping* - d.w.z. het gesprek met de patiënt vóór doorverwijzing naar andere diensten, vooral naar de gespecialiseerde geneeskunde -, die vaak door de huisartsengeneeskunde wordt opgeëist, versterkt voor dat beroep. Zo hebben sommige wijkgezondheidscentra zich georganiseerd om patiënten te ontvangen die vermoedelijk met het virus besmet zijn: “*Door triage bij huisartsen zijn talloze mensen niet vergeefs naar het ziekenhuis gegaan*”²². Op gewestelijk vlak hebben de FBHAV, het Rode Kruis en 112 een platform georganiseerd voor telefonische doktersconsultaties voor patiënten die geen huisarts hebben of waarvan de huisarts niet bereikbaar is. Dat initiatief is gegroeid vanuit de vaststelling dat één Brusselaar op drie geen behandelend arts heeft, wat problematisch was op een moment dat ongeruste patiënten werden aangemoedigd om zich tot hun huisarts te wenden²³.

Psychosociale begeleiding

De Hoge Gezondheidsraad heeft er met klem op gewezen dat er beter meer rekening wordt gehouden met de nood aan psychosociale begeleiding, zodat men kan inspelen op die behoeften, ook tijdens de acute fase van de crisis: behoeften van het zorgpersoneel dat lijdt onder grote onzekerheid, behoeften van specifieke groepen, zoals zorgverstrekkers die COVID-19 hebben gehad en overleefd, behoeften van de bevolking. De Franstalige vereniging voor maatschappelijke werkers in ziekenhuizen, Hospisoc, sluit zich bij die mening aan en beklemtoont het belang om te investeren in sociale beroepen: “*Om te kunnen anticiperen moeten de verschillende sectoren van het geestelijke*

en sociale leven en de verschillende discipline expertises worden gemobiliseerd om vanuit een breder kader aan gezondheid te werken”²⁵.

Preventie, gezondheidsbevordering en actie op het vlak van gezondheidsdeterminanten

De eerstelijnszorg heeft de druk op de ziekenhuizen kunnen helpen verlagen door de curve van opnames af te platten. Dat geldt ook voor alle sectoren die rond de psychosociale gezondheidsdeterminanten werken. Die hebben in het verlengde van hun traditionele activiteiten kwetsbare mensen begeleid om te vermijden dat hun situatie verergert en een medische behandeling of ziekenhuisopname vergt. In dat opzicht onderstrepen verschillende referenties het belang van de functies preventie, gemeenschapsactie en gezondheidsbevordering²¹⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸. Dat is bijvoorbeeld het geval in de getuigenis van Artsen zonder Grenzen: *“Toen de verschillende kabinetten AZG contacteerden om een missie te ontplooiën voor preventie- en hygiëneopleidingen op het hele grondgebied, hebben ze hen ook gevraagd: “Welke competentieprofielen hebben jullie nodig?” AZG benadrukte dat ze niet in de eerste plaats artsen nodig hadden, maar mensen met een basiskennis **gemeenschapsgezondheid**”*²⁸.

VERSTERKING VAN DE WERKMETHODES

Helpdesklijnen

De mogelijkheid om te bellen naar zorgprofessionals door de aanwezigheid van een telefonische permanentie heeft sommige actoren in staat gesteld om een breed publiek te bereiken en de continuïteit van de zorgverlening te waarborgen²⁹.

Forfaitair financieringssysteem

Het lijkt erop dat het forfaitaire financieringssysteem het behoud van sommige functies heeft bevorderd. *“Het forfaitaire financieringssysteem van ons wijkgezondheidscentrum heeft zijn deugdelijkheid bewezen. We hoefden ons geen zorgen te maken over de financiën, we konden ons concentreren op het noodzakelijke”,* getuigt een arts van Medikuregem²²

II.2/ HERVERDELING VAN FUNCTIES ONDER DE PARTIJEN VAN HET ZORGAANBOD

PRINCIPE VAN DE COMMUNICERENDE VATEN

Met de veranderde omstandigheden voor uitoefening van de medische beroepen is in het ecosysteem van de gezondheidszorg volgens het principe van de communicerende vaten een herverdeling van bepaalde functies gebeurd: advies, waakzaamheid en preventie, luisterbereidheid, eerste contact en oriëntatie. Die zijn in meer of mindere mate overgeheveld van sommige, door de crisis ondermijnde beroepen/zorgverstrekkers en structuren - minder personeel, andere regels, voorzieningen die niet aangepast waren aan de hygiënemaatregelen - naar andere die toen beter in staat waren om aan opkomende of niet- vervulde behoeften tegemoet te komen door hun situatie en voorzieningen (open apotheken, bestaande helpdesk, forfaitair financieringssysteem, gewoonte om extreme situaties/medische noodsituaties aan te pakken, capaciteit om personeel en vrijwilligers te mobiliseren). Kortom, terrein dat sommigen braak lieten liggen, bracht anderen ertoe - al dan niet uit vrije wil - om in te spelen op de vraag door hun activiteit om te vormen. Zullen die grenslijnen duurzaam verlegd zijn, komen ze terug naar hun uitgangspositie of zullen ze evolueren naar nieuwe afbakeningen in de functieverdeling?

Onder de getuigenissen in de geanalyseerde referenties kunnen we verschillende voorbeelden aanhalen van beroepen die hun functies hebben zien transformeren:

- De apotheker heeft zijn rol van eerstelijnscontact enorm versterkt, waarschijnlijk voor een grotere bevolking dan gewoonlijk, waardoor hij de belangrijke functies van waakzaamheid, advies, preventie en oriëntatie vervult. Het aantal telefonische contacten met apotheken is inderdaad verdrievoudigd. Ze werden geconfronteerd met een grote vraag naar informatie

en uitleg over het coronavirus³⁰. Het gestegen volume leveringen aan huis heeft de apothekers ook in staat gesteld om de thuissituatie beter te leren kennen en zo nodig de huisarts in te lichten³¹.

- De personeelsleden die voor hun activiteiten (reparaties, tuinieren, huishoudhulp...) bij de mensen thuis gaan, hadden een grotere rol als toezichthouder en maatschappelijk werker. Ze zagen vooral psychische problemen ontstaan door eenzaamheid en de COVID-19-context. Ze hielpen ook vaker bij het inkopen doen bijvoorbeeld, in plaats van de traditionele herstel- en onderhoudswerken uit te voeren. Daarnaast luisterden ze meer naar de mensen en vervulden een oriënterende rol door hen naar andere begeleidingsdiensten te verwijzen²³.
- De Brusselse organisatie ADIB, die permanente vorming aanbiedt en zich richt op een breed publiek van kwetsbare mensen (bejaarden, jongeren, studenten, mensen met een handicap, daklozen, illegalen, enz.), heeft mensen die recht hebben op een uitkering naar de juiste instanties verwezen en zo zijn oriënterende functie versterkt²⁹.
- De Lokale Dienstencentra (LDC), die in bijna alle Brusselse gemeenten aanwezig zijn, hebben hun deuren moeten sluiten. Maar ze hebben snel initiatieven opgestart om hulp te bieden (maaltijden en boodschappen) en contact te houden. Op die manier bleven ze hun informatie- en preventierol vervullen bij begeleide bevolkingsgroepen.

Daar staat tegenover dat bij de overdracht van functies er niet altijd een nieuwe eenheid is bereikt, terwijl dat mogelijk was. Zo hebben de apotheken herhaaldelijk hun netwerken en bronnen ter beschikking gesteld voor de distributie en tracering van mondklappers die werden verdeeld onder de bevolking en de zorgverleners. Maar de overheid is niet op dat aanbod ingegaan.

Maar in een gezondheidszorg onder spanning waren de functieaanspraken en -overdrachten tussen beroepen en structuren niet altijd toereikend om alle behoeften aan oriëntatie, waakzaamheid, begeleiding of coördinatie die in andere contactpunten aan bod kwamen op te vangen.

EVOLUTIE NAAR MEER SAMENWERKING TUSSEN SECTOREN EN TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSZORG EN DIVERSIFICATIE VAN DE ACTOREN

Bij andere functies was het principe van de communicerende vaten echter onvoldoende om de tekorten op te vangen, die nog steeds aanwezig zijn. Die leemten vereisen dus meer samenwerking en een uitbreiding van de sectoren die hierin voorzien. Door de crisis zijn bepaalde samenwerkingen versterkt en hebben sommige actoren de complementariteit van hun respectievelijke competenties ontdekt.

Versterkte samenwerkingen:

Artsen en apotheken hebben hun samenwerking kunnen intensiveren om de behandeling van chronische patiënten met een stabiele medische toestand voort te zetten via telefonische afstemming en elektronische voorschriften³¹⁻³².

De kraamklinieken hebben meer een beroep gedaan op vroedvrouwen aan huis voor thuisbevallingen, waarvan het aantal is toegenomen.

Ervaring met complementariteit van competenties:

Waarschijnlijk is de crisis op sommige plaatsen geslaagd in wat projecten met andere middelen op slechts zeer beperkte schaal hebben bereikt: kennisdeling bevorderen en zorgprofessionals die op andere plaatsen zijn ingeplant in het zorgaanbod de kans geven om samen te werken en zo kennis te laten maken met de complementariteit bij een gemeenschappelijk doel. *“De wijkgezondheidscentra en huisartsen in het algemeen werden ingeschakeld voor de triagecentra aan de ingang van ziekenhuizen, die befaamde tweedelijnszorg die in onze wereld wordt gezien als een systeem dat ons altijd in onze sociale geschiedenis heeft gedwarsboemd. Hebben we er uiteindelijk geen belang bij om met hen samen te werken?”*²⁸.

Verdeling van taken en complementariteit van acties tussen verschillende categorieën actoren (humanitaire organisaties, burgers, lokale overheden):

De COVID-crisis zal er waarschijnlijk ook in geslaagd zijn om “de gezondheidszorg op alle politieke agenda’s” te zetten, wat verschillende initiatieven - waaronder de bekendste “Villes-Santé”, gepromoot door de Wereldgezondheidsorganisatie - tot op heden met wisselend succes hebben geprobeerd³³. Te oordelen naar de actoren die betrokken waren bij de initiatieven tijdens de crisis was de gezondheidszorg niet enkel een aangelegenheid van zorgverleners en besmette personen. Ook de privésector en overheidsdiensten die gewoonlijk weinig te maken hebben met het gezondheidssysteem, zoals de politie, werden ingeschakeld.

Er kwamen verschillende samenwerkingsinitiatieven tot stand, hetzij spontaan, hetzij in het kader van een specifieke financiering (bijvoorbeeld een projectoproep van een stichting of een overheidsinstelling).

De meeste van de vele initiatieven in Brussel^(ex 29-32-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43) zijn het resultaat van samenwerkingen tussen twee tot drie categorieën actoren van de volgende groepen: burgers, zorgverleners (waaronder verenigingsstructuren in de zorg, onafhankelijke zorgverleners, ziekenhuizen en bejaardenhuizen), tussenstructuren (federaties, ondersteuningsstructuren), privébedrijven, overheidsdiensten.

De meeste van de gelanceerde initiatieven zijn helemaal nieuw, dat wil zeggen dat ze een dienst hebben opgericht die ervoor niet bestond. Andere zijn bestaande activiteiten waarvan de vorm of inhoud gewijzigd is om te beantwoorden aan de context of aan nieuw ontstane noden.

Elke deelnemer leverde een bijdrage naar beste vermogen: bedrijven hebben hun productieketens omgeschakeld en hun toevoerkanalen gereorganiseerd, sommige diensten (zoals het geval was bij BRUSANO) hebben personeel overgedragen aan andere instellingen waar er een grotere behoefte was, terwijl de verenigingen hun netwerk, knowhow en goede kennis van sommige bevolkingsgroepen hebben benut.

De begunstigden van die initiatieven zijn ofwel zorgverleners en personeelsleden die actief zijn gebleven, zoals mensen uit de voedingsmiddelenhandel, ofwel bepaalde overheidsdiensten, ofwel het brede publiek, ofwel specifieke, bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen (slachtoffers van intrafamiliaal geweld, daklozen, migranten, mensen in extreme armoede, geïsoleerde mensen, risicomensen voor COVID-19...).

Onder die verschillende initiatieven springen enkele grote vormen van dienstverlening eruit: de oprichting van hulpvoorzieningen die het hulpaanbod koppelen aan de hulpvraag, de coördinatie van hulp, de confectie en distributie van individuele beschermende uitrusting, de psychologische of logistieke ondersteuning van mensen uit de gezondheidszorg.

Enkele voorbeelden:

Artsen zonder Grenzen getuigt bijvoorbeeld over de dynamiek tussen verschillende partijen om preciaire bevolkingsgroepen te helpen: *“Het feit dat het maatschappelijk middenveld, de lokale overheden en humanitaire organisaties snel klaarstonden, heeft duidelijk het verschil gemaakt. Terwijl Artsen zonder Grenzen en het Rode Kruis zich repton om quarantainecentra in te richten en het Burgerplatform en Samusocial hun centra aanpasten en uitbreidden, deden vrijwilligersteams van Dokters van de Wereld consultaties in heel Brussel, waaronder ook op straat, om vermoedelijke gevallen van besmetting door te sturen en niet-COVID-zorg te bieden”⁴⁴.*

De COVID-19-barometer, een monitoringsysteem op basis van korte, regelmatige enquêtes bij verschillende beroepen uit de eerstelijnszorg (waaronder huisartsen, Coördinerende en Raadgevende Artsen (CRA's) van de Woonzorgcentra (WZC), apotheken, Vroedvrouwenpraktijken, triageposten, eerstelijnszones), werd snel geïnstalleerd door een consortium van Vivel, in samenwerking met de academische wereld en start-ups. Dat werkte goed in Vlaanderen, maar kreeg minder respons in Brussel. Een mogelijk verklaring is de onvoldoende integratie van de Nederlandstalige en Franstalige actoren om de verschillende beroepen te mobiliseren⁴⁵.

Maar een initiatief als cohortzorg, dat steunt op een partnership tussen thuiszorgorganisaties en dat met succes is gelanceerd in Vlaanderen, is in Brussel niet van de grond gekomen. Het gaat om thuisverpleging voor patiënten die besmet zijn met het coronavirus. In dat kader “staat een vast

team van verpleegkundigen in voor de thuiszorg van die groep patiënten tijdens hun besmettingsperiode. Door het afscheiden van die zorgverleners en de betrokken patiënten bieden ze zorgcontinuïteit terwijl ze kruisbesmetting vermijden met niet-besmette patiënten en collega-zorgverleners”⁴⁶.

De interprofessionele en intersectorale samenwerkingservaringen berusten op een vooraf bestaand of tijdens de crisis opgebouwd vertrouwen tussen de actoren en een openheid naar nieuwe deelnemers. Hierdoor kunnen er vorderingen worden gemaakt, met name op het vlak van terugkerende impasses in het beheer van de gezondheidszorg.

Voor de digitale sprong die de samenleving dankzij de crisis heeft gemaakt door het dagelijks gebruik van de technologische mogelijkheden (online les, telewerk en gebruik van online vergaderplatforms) is door sommigen in de verf gezet om aan te tonen dat de burgers in staat zijn voldoende e-vaardigheden te verwerven om ten volle betrokken te worden bij de productie en het beheer van hun gezondheidsgegevens. Sommigen zien er dus de mogelijkheid in om een grote stap voorwaarts te zetten in de richting van een beheer door de burger van gegevens voor wetenschappelijke doeleinden. Daarvoor moeten de nodige voorwaarden worden gecreëerd - waarvan de belangrijkste een wederzijds vertrouwen is - zodat burgers een doordachte beslissing kunnen nemen over het gebruik van hun gegevens en volwaardig kunnen bijdragen tot onderzoek en innovatie⁴⁷.

Ook al heeft de dynamiek van een groep uiteenlopende actoren de krachten kunnen bundelen en concentreren op een gemeenschappelijk doel en haar doeltreffendheid bewezen bij de operationalisering van de acties, toch roept de legitimiteit van sommige deelnemers (politie, bepaalde ondernemingen en ngo's) om tussenbeide te komen vragen op in verschillende opzichten. Eerst en vooral stuiten de uitingen van burgerzin van sommige ondernemingen die gunstige fiscale regelingen hebben genoten tegen de borst van de tegenstanders van een liberaal model, waar de verzorgingsstaat ruimte laat voor vormen van mecenaat, in sectoren die afhankelijk zijn van overheidssteun en die een chronisch gebrek aan middelen hebben. Ten tweede is er de hulp van urgentie- of ontwikkelingsorganisaties in Brussel, die de structurele aanwezigheid van bijzonder verzwakte bevolkingsgroepen in medische en sociale noodsituaties accentueert. Maar de aanwezigheid van die actoren roept vragen op over de sectoren die door de overheid gemachtigd en gefinancierd zijn om de begeleiding van die situaties te beheren. Die laatste zijn bang voor de consolidatie van een tweesnelhedensysteem, waarbij het aanklappen van kwetsbare bevolkingsgroepen bij het algemeen stelsel moeilijk is. Het is ook een feit dat *“Voedselpakketten voor armen uit een vorig tijdperk stammen. De vrijwilligers en organisaties doen een goed werk, maar we moeten overstappen op een **progressiever en vooral minder stigmatiserend systeem**”*, zegt de secretaris-generaal van de Fédération des Services Sociaux⁴⁸. Er moet met andere woorden worden nagedacht over de financiering van acties (oorsprong van de gelden, financieringswijzen en keuze van gefinancierde initiatieven) voor de kwetsbaarste bevolkingsgroepen en dus over de plaats die we hen toekennen in het zorgaanbod. Tot slot is het belangrijk na te gaan welke visie de beleidsorganen hebben op gezondheidszorg. In dat opzicht bijvoorbeeld speelt de politie als instelling, en de mensen die er deel van uitmaken, een ambivalente rol: nu eens neemt ze toezicht- en repressiemaatregelen en getuigt ze van een technische visie op gezondheid, dan weer garandeert ze de bescherming van de burger in een preventievere visie op gezondheid. Getuige hiervan het initiatief van de Schaarbeekse politie in verband met huiselijk geweld⁴³.

II.3/ OMSTANDIGHEDEN VOOR CONTINUÏTEIT VAN DE NIET-COVID-ZORG

Het zorgaanbod heeft zich op verschillende, eventueel gecumuleerde niveaus georganiseerd of gereorganiseerd:

- Intern in elke structuur of individueel voor de onafhankelijke zorgverstrekkers,
- Tussen verschillende structuren en zorgverstrekkers die de gewoonte hadden om samen te werken,

- Tussen zorgverstrekkers en structuren, die nog niet echt hadden samengewerkt,
- Op een midden- of gewestelijk niveau, tussen federaties, beroepsorganisaties, politieke en administratieve verantwoordelijken.

Op die verschillende niveaus zien we gunstige of minder gunstige omstandigheden voor de aanpassing van de zorgorganisatie.

ONGUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN VOOR DE ZORGVERSTREKKERS

Welke omstandigheden maakten de voortzetting van de activiteit en continuïteit van de zorgverlening moeilijk tijdens de crisis op het niveau van de structuren en zorgverstrekkers?

- De noodzaak om de hygiënemaatregelen te respecteren;
- Het gebrek aan individuele beschermende uitrusting en de onduidelijkheid over de aanbevelingen voor hun gebruik (aan het begin van de epidemie);
- Schrik bij verzorgenden/professionals, vaak gevoed door een gebrek aan duidelijke richtlijnen, en de eruit voortvloeiende inkrimping van het personeel (absenteïsme);
- Het gebrek aan een definitie van dringende zorg;
- De accentuering van mechanismen voor de niet-gebruikmaking van de gezondheidszorg (diensten niet beschikbaar of overbelast, aanmaning om thuis te blijven en uit te stellen wat “niet dringend” is, toegenomen sociaal isolement...);
- De paradox tussen enerzijds ethiek en waarden en anderzijds operationele opportuniteiten. Zo kreeg Samusocial gratis bedrijfswagens aangeboden, die echter als luxueus werden beschouwd en in contrast stonden met hun doelgroep³⁸, of de vereniging Gastrosophe die zich inzet voor de landbouw en die voedingsmiddelen kreeg aangeboden van de multinational Lactalis⁴⁸;
- Schrik voor het inpalmen van patiënten, door zorgprofessionals die bleven doorwerken “zoals vroeger”.

GUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN VOOR DE ZORGVERSTREKKERS

Welke gunstige omstandigheden hebben sommige structuren en zorgverstrekkers in staat gesteld om niet alleen hun activiteit te blijven uitoefenen en zelfs versterken, maar die ook aan de crisis aan te passen?

- Het feit open te zijn, met een voorziening van het type wachtluik (zoals de apotheken), als andere gesloten zijn of bij voorkeur toegankelijk zijn via de telefoon of videoconferentie;
- Het feit de zorgverstrekker al over een telefonische helpdesk beschikt;
- De capaciteit om zijn personeel en/of vrijwilligers te mobiliseren;
- De capaciteit om met entiteiten uit andere sectoren te werken (sociale sector, geestelijke gezondheid, preventie en gezondheidsbevordering...), zelfs op commercieel gebied (winkels, supermarkten...);
- Bestaan van een vertrouwensband en een samenwerkingservaring tussen verschillende organisaties en/of sectoren;
- De capaciteit om snel de modus operandi aan te passen (een telefonische helpdesk opzetten, naar de meest kwetsbare en geïsoleerde bevolkingsgroepen gaan...), soms versterkt door de ervaring met de aanslagen in Brussel, en bevorderd door het forfaitair systeem in het geval van de wijkgezondheidscentra;
- Een forfaitair financieringssysteem dat het behoud van de activiteit mogelijk maakt, ondanks de afwezigheid van “medische handelingen”;
- De gewoonte om met extreme situaties/medische noodsituaties om te gaan (DvdW, AZG, Rode Kruis, Samusocial, hulp aan de meest behoeftigen...);

- Samenwerking die voorrang krijgt op het scrupuleuze respect voor administratieve regels³⁸;
- Het bestaan van een sterke vertrouwensband tussen zorgverstrekkers/zorgpersoneel en patiënten/begeleiders³⁸;
- De bestaande band met sommige bevolkingsgroepen en de capaciteit om ze te bereiken en alert te zijn voor risico- of probleemsituaties;
- De capaciteit om zorgverstrekkers te mobiliseren of hen een dienst voor te stellen, die voortvloeit uit een legitimiteit om te handelen op basis van een mandaat of opgebouwde partnerschapsband (bijvoorbeeld Huis voor Gezondheid onderhoudt een directe band met groepen vertegenwoordigers van verschillende disciplines).

ONGUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN VOOR DE “BEVOLKING”

Ook al hebben de lokale en burgerinitiatieven hun relevantie en efficiëntie bewezen, feit blijft dat ze vaak steunen op het engagement van sommigen (bedrijven, vrijwilligers, zorgverstrekkers en werknemers). Dat voorkomt niet dat er mensen zijn die aan de zijlijn blijven staan. Bovendien biedt het geen structurele en duurzame oplossing voor terugkerende problemen. Hiervoor zijn niet alleen structuren nodig die de oorzaken aanpakken. Het vergt ook de invoering van een collectieve verantwoordelijkheid over een gegeven gebied (begrip van “verantwoordelijkheidspopulatie”): *“Gewoonlijk worden pogingen om de gezondheid en het welzijn van een bevolking te verbeteren ondermijnd omdat de inspanningen zich vaak concentreren op andere prioriteiten dan de onderliggende oorzaken, namelijk de gezondheidsdeterminanten en de gezondheidsongelijkheid. Daarom is het noodzakelijk dat we overgaan van een probleemoplossende attitude gericht op de aanpak van ziekten naar de invoering van een verantwoordelijkheid tegenover een bevolking in een gegeven gebied”*⁴⁹.

Bijvoorbeeld, *“Dat is vooral het geval bij voedselhulp. Vandaag zijn er 450.000 mensen die een te laag inkomen hebben om zich voldoende te voeden en die een beroep doen op voedselhulp in België, via voedselpakketten, sociale restaurants en sociale kruideniers. Vandaag hebben de lockdownmaatregelen en de afzondering van ouderen, die als bijzonder kwetsbaar worden beschouwd, negatieve gevolgen voor dat hele, al zeer fragiele systeem”*³.

Welke omstandigheden maakten het tijdens de crisis moeilijk om de activiteit voort te zetten en de zorgcontinuïteit te waarborgen op het vlak van dekking van de “bevolking”?

- Het ontbreken van een duidelijk en up-to-date kadaster van de eerste lijn (onafhankelijke zorgverstrekkers, de verschillende disciplines, de verschillende, veelsoortige verenigingsstructuren);
- De niet-systematische en ontoereikende mechanismen van beroepsorganisaties zodat er onvoldoende overleg was en de richtlijnen niet werden doorgespeeld naar het terrein, vooral aan Franstalige kant;
- Een gezondheidszorg toegespitst *“op reactie en niet op preventie, met een focus op curatieve geneeskunde, specialisatie en techniciteit. Dat fenomeen is in België meer uitgesproken doordat het gezondheidssysteem beïnvloed is door de verdeling onder bestuursniveaus (federaal, gewesten en gemeenschappen), sectoren (privé en openbaar) en netwerken die samenhangen met levensbeschouwelijke of politieke overtuigingen”*⁵⁰⁻⁵¹. Een andere factor die meespeelt is de financiering die hoofdzakelijk per handeling gebeurt. Dat maakt het onmogelijk om proactief te handelen of het overleg te financieren om de gezondheidszorg voor de verantwoordelijkheidspopulatie te organiseren;
- Het gebrek aan een proactief beleid dat bejaarden in staat stelt hun wensen duidelijk te maken over verblijfplaats, zorg- en hulpverleningsplan, maar ook stervensbegeleiding;
- De stiefmoederlijke behandeling van sommige sectoren als gezondheidszorg en opvang van ouderen en mensen met een handicap.

III. EEN PLAATSELIJKE AANPAK OP WIJK- OF GEMEENTELIJK NIVEAU ALS BETER GESTRUCTUREERDE SCHAKEL VOOR ZORG EN NAUWER VERBONDEN MET DE BURGER?

In lijn met een van zijn werkterreinen had BRUSANO onder de geselecteerde referenties aandacht voor artikels over initiatieven op lokaal vlak en met burgerparticipatie. Ten eerste, welke functies werden op wijkniveau geïntroduceerd, van welke gunstige factoren hebben ze geprofiteerd en hoe werken ze (1)? Ten tweede, op welke manier en in welke domeinen heeft de burgeractie vaste vorm aangenomen (2)?

III.1/ FUNCTIES OP WIJKNIVEAU

PLEIDOOI VOOR VERSTERKING VAN EEN GEÏNTEGREERDE ZORGSTRUCTUUR OP LOKAAL NIVEAU

Verschillende referenties pleiten in hun analyse van de crisis voor een sterkere zorgstructuur op lokaal vlak. Sommigen dringen aan op individuele en collectieve veerkracht, een gemeenschapsgevoel en solidariteit als preventiefactoren van trauma's die mogelijk zijn ontstaan of versterkt tijdens de crisis. Anderen, zoals de wijkgezondheidscentra, pleiten ook voor territoriaal beheer van het gezondheidssysteem, aan de hand van kleine zorgnetwerken die verschillende actoren bevatten²⁸. *“Het Belgische of Vlaamse centralisme is geen oplossing, in tegenstelling tot een radicale decentralisatie naar het lokale”,* waarin ook de psychosociale en omgevingsgerelateerde gezondheidsdeterminanten worden geïntegreerd⁵².

POTENTIËLE STERKE PUNTEN VAN EEN LOKAAL NETWERK

Wat zijn de eventuele sterktes van een dergelijk netwerk? Vóór zijn integratie in BRUSANO heeft het RML-B de troeven van een lokale gezondheidsaanpak geanalyseerd⁵³. De referenties in het hier geselecteerde corpus wijzen op het belang van een bestaand weefsel van verschillende structuren die verbonden zijn met de burgers, families, geïsoleerde mensen en alert zijn voor risico- of probleemsituaties.

Dat is bijvoorbeeld het geval voor scholen en kinderdagverblijven als “Vindplaats”, waar talloze gezinnen met kinderen langskomen: tijdens de crisis hielden ze individueel contact en hadden ze een goed zicht op alle sociale en gezondheidsproblemen van het hele gezin (kinderen, volwassenen, bejaarden).

Ook kunnen de Lokale Dienstencentra (LDC), sociale restaurants en apotheken geïsoleerde of oudere mensen zonder kinderen bereiken en hun belangrijke kijk op de dagelijks moeilijkheden in het kader van de COVID-19-crisis benutten⁵¹.

OBSTAKELS / BELEMMERINGEN

De moeilijkheid is dat de ontwikkeling van lokale zorgsystemen een goede coördinatie vereist tussen het federale, de gewesten en de gemeenschappen, waarbij elkeen verantwoordelijk is voor een deel van de gezondheidsbevoegdheden⁵¹.

De andere mogelijke beperking is de toename van kleinschalige netwerken, gericht op één discipline, die niet goed onderling verbonden en op elkaar afgestemd zijn.

Tot slot vergt een dergelijke organisatie ook structuren om informatie over de noden van de plaatselijke bevolking op afdoende wijze te communiceren aan de verantwoordelijken (bijvoorbeeld systemen die het mogelijk maken om problemen te melden, waarop een structureel antwoord kan worden gegeven, op het niveau van sommige eerstelijnszones in Vlaanderen).

WERKWIJZEN

Veranderde benaderingswijzen van bevolkingsgroepen:

Terwijl enerzijds de gemeenschapsactiviteiten en consultaties in dokterspraktijken werden opgeschort, werden anderzijds voorzieningen geïnstalleerd voor outreaching naar de kwetsbaarste groepen (initiatieven om te bellen naar risicopersonen voor COVID-19, maar ook naar mensen die geïsoleerd leven of zieken die opgevolgd moeten worden)³⁹.

De rol van de stad voor een stedelijke gezondheidszorg: inclusie van kwetsbare groepen, waaronder de ouderen

Door de huisvesting van risicogroepen (voor het coronavirus, maar ook voor isolatie, eenzaamheid, economische en sociale armoede) te proberen integreren in het stedelijk weefsel zou het mogelijk zijn om de gezondheidszorg te structureren volgens de omgeving. Het zou ook de fout van “gettovorming” voorkomen bij bevolkingsgroepen waar het virus zich snel kan verspreiden. Verschillende actoren pleiten voor de oprichting van kleine, in de stad geïntegreerde opvangstructuren voor bejaarden⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶, die zich kenmerken door *“een verbondenheid met de rest van de maatschappij, {en een} betrokkenheid van de bejaarden bij het bepalen van de vorm van de huisvesting en gezondheidszorg, en {een} holistische gezondheidsbenadering die het welzijn van de ouderen centraal stelt”*⁵⁴. Voor die integratie is ook het neerhalen van de barrières tussen instellingen (wzc’s) en thuiszorg noodzakelijk⁵⁵. Die ontwikkelingen spruiten voort uit de opwaardering van de vergrijzing en de plaats die de samenleving voorbehoudt voor haar bejaarden.

Meer in het algemeen, en niet alleen met betrekking tot de ouderen, pleiten sommigen voor de organisatie van verpleegkundige verzorging in kleinschalige netwerken, in onderlinge samenhang met de wijk⁵⁵.

III.2/ MEER PLAATS VOOR BURGERS IN DE GEZONDHEIDSZORG?

Verschillende referenties wijzen op een versterking van de figuur van de burger als actor en verantwoordelijke. Hij heeft immers tijdens de crisis bewezen dat hij kan bijdragen tot de collectieve inspanning en dat hij solidariteitsacties kan opzetten. Daarom “verdient” hij dus een plaats in de bestuursstructuren, dat wil zeggen bij de uitwerking van beslissingen, minstens op projectniveau en op een plaatselijke schaal.

WAT VOLLEDIG WORDT ONDERSCHREVEN

Overeenkomstig de filosofie van gezondheidsbevordering en de eruit voortvloeiende nood aan anticipatie en preventie roepen sommigen op om de burgers niet te beschouwen als recipiënten van angsten of delinquenten die volgzaam moeten worden, maar als positieve krachten die alert kunnen zijn voor problemen en die in staat zijn tot creativiteit en ondersteuning bij het bedenken en invoeren van oplossingen²¹. Anderen onderstrepen het belang van samenwerken: burgers, vzw’s en gemeenten⁴².

WELKE ACTIEREPERTOIRES VOOR DE BURGERS?

Op welke manier gaan de burgers te werk om oplossingen aan te reiken voor de problemen die de crisis heeft veroorzaakt?

Op lokaal vlak zagen we talloze burgerinitiatieven verschijnen. Hun modus operandi is bij voorkeur het sociale netwerk (Facebook, Whatsapp) om de noden te koppelen aan oplossingen⁴⁰, eventueel via verenigingen als in Molenbeek⁴².

Die voorzieningen werden soms gelanceerd op initiatief van de gemeente (zoals de dienst Stedenbouw en Preventie in Schaarbeek: *“Twee criteria hebben onze keuze bepaald: geografische nabijheid en de verenigbaarheid van verwachtingen en programma’s”*⁴²).

SPECIFIEKE WERKTERREINEN?

De voorkeursdomeinen van de burgerinitiatieven lijken te zijn: materiële nood (waaronder steun voor voorzieningen), voedselhulp, eenzaamheid en isolement⁴².

IV. TIEN ACTIEPUNTEN

Om de organisatie van een zorg- en hulpsysteem te ondersteunen dat flexibel en veerkrachtig op collectieve of individuele complexe en onuitgegeven situaties kan inspelen, wil BRUSANO de aandacht vestigen op tien actiepunten:

1 – COLLECTIEVE DEFINITIE VAN GEZONDHEID

Overeenstemming bereiken over een brede definitie van gezondheid, waarbij de hele samenleving en alle beleidsdomeinen zijn betrokken en er op alle beleidsniveaus een beleidsprioriteit van maken. Deze gemeenschappelijke definitie is essentieel, gelet op de ongelijke politieke machtsverhoudingen tussen de verschillende beleidsdomeinen en tussen de verschillende doelgroepen. Samenwerken aan een definitie van gezondheid kan zowel voor zorgverleners als patiënten zinvol zijn: Welk belang wordt gehecht aan de al dan niet uitgesproken vraag van patiënten? Mogen somatische zorgen worden toegediend zonder rekening te houden met psycho-affectieve behoeften? In welke situaties primeert het individuele boven het collectieve? Het is de bedoeling om opnieuw voorrang te geven aan zorg die uitgaat van de behoeften en de toestand van personen (patiënten en zorgverleners) en niet van het dienstenaanbod (opgesplitst in ziektebeelden en instellingen). Tegelijk moeten de ethische richtlijnen voor zorgverleners in hun dagelijkse praktijk worden versterkt en moeten alle partijen bij deze gemeenschappelijke doelstelling worden betrokken.

2 – INCLUSIEVE INITIATIEVEN BEVORDEREN.

Het is de bedoeling om een overaanbod aan parallele diensten voor specifieke doelgroepen te vermijden en om de banden tussen deze diensten en het generalistisch aanbod te bevorderen. De organisatie van de zorg moet zorgverleners in staat stellen om afstand te doen van het beheer van hun actieve patiëntenbestand dat afkomt op hun aanbod en de verantwoordelijkheid op te nemen voor een zone en voor de bevolking die er woont of tijdelijk verblijft. Die verantwoordelijkheid dwingt hen om hun werkerrein voortdurend een nieuwe invulling te geven, om te komen tot een betere inclusie van doelgroepen die nu geen toegang tot gezondheidszorg hebben. Een dergelijke organisatie stoelt op een meervoudige aanpak en diverse strategieën. Het is niet langer de bedoeling om een aanbod uit te werken dat de aard van vraag vooronderstelt en de noden enkel lenigt met de middelen van het voorgestelde aanbod. Het gaat er integendeel om om te aanvaarden dat een sociale vraag aan een psycholoog wordt gesteld en dat een vraag naar geestelijke gezondheidszorg aan een huisarts wordt voorgelegd. Het antwoord op deze individuele of collectieve vraag loopt via strategische partnerschappen, begeleiding, doorverwijzing enz. en via heel uiteenlopende lokale initiatieven (verenigingen, maatschappelijke hulporganisaties, zorginstellingen, burgerinitiatieven, administraties, particuliere initiatieven enz.) die zorgvuldig in kaart zijn gebracht en duidelijk herkenbaar zijn.

3 – DE DUIDELIJKE HERKENBAARHEID VAN HET SOCIALE AANBOD EN HET ZORGAANBOD VERZEKEREN.

Om de inclusieve dynamiek te bevorderen, is er nood aan een duidelijk en volledig overzicht van 'wie wat doet' in Brussel op het vlak van gezondheidszorg en maatschappelijke hulp. Dit overzicht moet dynamisch zijn en voortdurend worden bijgewerkt. Het mag niet louter een lijst van zorgverleners en diensten zijn, maar moet ook informatie over hun toegankelijkheid bevatten: spreekuren (locaties, huisbezoeken, tarieven enz.). Een dergelijke tool ondersteunt de ontwikkeling van lokale initiatieven.

4 – LOKALE INITIATIEVEN ONDERSTEUNEN (BUURTGERICHTE AANPAK, VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE BEVOLKING VAN EEN BEPAALDE ZONE ENZ.).

Hoewel de lokale schaal als dusdanig niet volstaat, kan ze een optimaal evenwichtspunt vormen tussen

de nodige flexibiliteit om onuitgegeven en complexe collectieve en individuele situaties met verschillende sectoren aan te pakken en

voldoende standaard- en routinepraktijken van zorgverleners die elkaar al kennen of die eenvoudig met elkaar contact kunnen opnemen en snel en doeltreffend met elkaar kunnen samenwerken.

Een dergelijke aanpak nodigt ook uit om net als in punt 1 en 2 zorgverleners verantwoordelijk te maken voor een bepaalde bevolkingsgroep. Dit werkt een intersectorale aanpak in de hand die het ontstaan van leefomgevingen ondersteunt die de gezondheid en de levenskwaliteit ten goede komen, die het ontstaan van collectieve of individuele problemen voorkomen (zoals eenzaamheid en sociale vervreemding) en garanderen dat eventuele moeilijkheden worden opgelost.

5 – WOON- EN ZORGCENTRA (VOOR OUDEREN, PERSONEN MET EEN HANDICAP OF SPECIFIEKE DOELGROEPEN) ZIEN ALS GEÏNTEGREERDE LEEFPLEKKEN.

De crisis heeft hard toegeslagen in woon- en zorgcentra. De balans is alarmerend. De lockdown van deze centra met een beperkt personeelsbestand leidde ertoe dat bewoners en zorgverleners heel wat moeilijkheden ondervonden om toegang te krijgen tot hulp van buitenaf. Om een herhaling van deze problemen te voorkomen, moeten deze centra kleinschaliger worden en moeten ze in de stadsstructuur worden geïntegreerd, zodat ze beter toegang hebben tot het lokale hulp- en zorgnetwerk.

6 – GAAN VOOR MEERRICHTINGSVERKEER

De crisis toonde aan hoe belangrijk meerrichtingsverkeer is voor zowel patiënten als zorgverleners. We hebben het dan over 'outreaching', ofwel zelf de stap zetten naar doelgroepen, in plaats van te wachten tot die zelf de muren van hulp- en zorgdiensten doorbreken. Deze aanpak is al langer ingeburgerd bij specifieke diensten zoals mobiele zorgteams en straatwerkers die werken met verslaafden of die basiszorg verstrekken, mobiele psychiatrische teams enz. De omstandigheden de afgelopen maanden toonden het belang van een dergelijke aanpak aan, waarbij de dienst de betrokken personen in hun leefomgeving opzoekt. Er moet ook werk worden gemaakt van de inrichting van opvang- en infoplekken in bestaande medische, sociale en culturele voorzieningen die in buurten verankerd zijn. Dit kan door eventueel permanenties op verschillende plaatsen te organiseren.

Mobiele teams oprichten en personeel vrijmaken om zorgteams bij te springen die geconfronteerd worden met een plotse vraag, kan een tijdelijke oplossing zijn. Tot slot moet de patiënt die door een organisatie wordt geholpen, zich vrij kunnen bewegen en in uitzonderlijke omstandigheden door anderen geholpen kunnen worden. Hij moet met andere woorden een beroep kunnen doen op het beste en meest gepaste aanbod en zo zijn begeleiding kunnen verzekeren.

7 – ZORGRELATIES OP MOEILIJKE SITUATIES VOORBEREIDEN.

Het is belangrijk om patiënten op voorhand aan te moedigen om hun voorkeuren bekend te maken. Dit kan door:

- 1) een voorafgaande wilsverklaring (al dan niet instemmen met medische handelingen in bepaalde omstandigheden),
- 2) toestemming van de patiënt met proactief optreden van de zorgverlener, zodat die wanneer er langere tijd geen contact was, spontaan zijn patiënt kan bellen of opzoeken. Die laatste aanpak moet mogelijk zijn, ook al is die eventueel in strijd met de deontologische regel van een verbod op reclame. Dit moet eventueel kunnen voor de vaste apotheker of huisarts die het globaal medisch dossier bijhoudt, of voor personen die een functie zoals die van buurtreferent uitoefenen (zie project Boost).

8 – PALLIATIEVE CULTUUR ONTWIKKELEN.

Een van de kenmerken van Covid is dat de gezondheid van zieken snel achteruitgaat, waardoor moeilijke keuzes moeten worden gemaakt. Daarbij komt de onuitgegeven lockdowncontext waarbij diezelfde patiënten worden geïsoleerd, wat leidt tot een overbezetting in de ziekenhuizen. Zorgverleners kwamen vaak in onhoudbare situaties terecht. Bovendien hadden de voorzorgsmaatregelen ook een grote impact op onze rituelen en meer bepaald op begrafenissen. De ontwikkeling van een palliatieve cultuur zal het medisch personeel helpen om het hoofd te bieden aan deze bijzondere omstandigheden. Deze maatregel is belangrijk, zeker in deze crisiscontext, waarin snel beslissingen moeten worden genomen, maar dan vooral op een menselijk en respectvolle manier. Daarom moeten zorgverleners de nodige middelen krijgen om personen aan het einde van hun leven in goede omstandigheden te begeleiden, ongeacht de situatie, ook in tijden van crisis.

9 – ADMINISTRATIEF BEHEER VEREENVOUDIGEN OF UITBESTEDEN.

Definiëren wat gezondheid is (zie punt 1), houdt ook in dat er een nieuw evenwicht moet worden gezocht tussen het begeleiden van, samenwerken met en helpen van personen en het administratief beheer en toezicht. Door die prioriteiten opnieuw te definiëren, kan de zorg- en begeleidingsrelatie tussen patiënten en zorgverleners een nieuwe invulling geven. Om zorgverleners in staat te stellen om opnieuw prioriteit te geven aan de essentie van hun functie, kan worden overwogen om administratieve taken toe te vertrouwen aan overkoepelende of representatieve organisaties. Door subsidiërende overheden en politici de mogelijkheid te bieden om toezicht uit te oefenen op het langetermijnbeleid, hoeft er wellicht minder tijd aan deze taken te worden besteed.

10 – ZORGEN DAT OVERHEDEN EN BUURTDIENSEN IN BRUSSEL IN CRISISTIJDEN KUNNEN TERUGVALLEN OP STUURGROEPEN EN STUURPLANNEN.

We hebben gemerkt dat het belangrijk is om competenties en functies in het zorg- en hulpaanbod duidelijk af te stemmen, zeker in crisistijden. Dat afstemmen en snel bijsturen van de verschillende betrokkenen kan gebeuren in operationele stuurgroepen waarin de sectoren, beroepen en andere betrokken partijen (zoals de patiënten) wettelijk zijn vertegenwoordigd. Op lange termijn kan op voorhand werk worden gemaakt van inclusieve netwerken waarin alle geledingen van de samenleving vertegenwoordigd zijn, van wetenschappelijke knowhow tot mensen uit de praktijk. Zo kan een paradigmashift worden doorgevoerd om te voorkomen dat men machteloos staat wanneer zich een crisis voordoet. Tot slot kan een plek worden gecreëerd waar relevante organisaties elkaar ontmoeten (zodat ze elkaar beter leren kennen voor zich een crisis voordoet). Die ontmoetingsplek kan dan uitgroeien tot een strategische stuurgroep als dit nodig is, zodat alle betrokken partijen beter voorbereid zijn en sneller kunnen optreden.

CONCLUSIE

In het Brussel van na de aanslagen en na de eerste COVID-19-golf ontwikkelt zich een collectief leerproces van een crisissituatie, met het ontstaan van collectieve reflexen in uitzonderlijke tijden. In die context groeien en versterken er samenwerkingen, die op min of meer gunstige factoren steunen. Ook worden de functies van informatie, preventie, sensibilisering, waakzaamheid, eerste aanspreekpunt en oriëntatie herverdeeld onder de zorg- en hulpverleners, die door hun plaats en uitrusting onderling sterk verschillen in hun capaciteit om de zorgcontinuïteit te verzekeren.

Bij het lezen van deze nota moet worden rekening gehouden met een aantal beperkingen. Het is met name onmogelijk om de geleidelijke invoering van de initiatieven binnen een tijdsbestek van maart tot juni 2020 in zijn juiste perspectief te plaatsen. Dat zou immers kunnen bijdragen tot een juister begrip van de manier waarop de actoren betrokken zijn en de wijze waarop de samenwerkingen en de functieoverdrachten tot stand zijn gekomen naargelang de wijzigingen in de beschikbare informatie en de genomen maatregelen door de overheid. Het gaat hier trouwens om een analyse van belevingen, meegemaakte ervaringen en publieke stellingnames van de verschillende actoren. Het is geen analyse van gecontroleerde, objectieve feiten. Alle aangehaalde initiatieven moeten nog hun meerwaarde bewijzen. Het is belangrijk om hun ontwikkelingen te volgen via leergemeenschappen die samen nadenken over een territoriale aanpak.

Radicale, snel genomen beslissingen – zo goed en zo kwaad als het ging – hebben dossiers die al jaren aansleepten (bijv. de terugbetaling van telefonische consultaties) in een stroomversnelling gebracht. Dat werd geïnterpreteerd als een bewijs dat jarenlang geopperde ideeën (geïntegreerd gezondheidssysteem, lokaal beheer van de gezondheidszorg...) realistisch en mogelijk zijn als de krachten worden gebundeld voor een onmiddellijk en gemeenschappelijk doel⁵³.

De pandemie en de manier waarop ze op verschillende niveaus is aangepakt – internationaal, nationaal, gewestelijk, communautair, gemeentelijk en op het niveau van de structuren en individuele begeleidingen – werpt de vraag op naar een definiëring van de gezondheidszorg en de eruit voortvloeiende constructie van legitimiteiten. In dit pers- en literatuuroverzicht is verwezen naar de pogingen van iedereen in het systeem om zich te bewijzen. Vooral de actoren die niet beantwoorden aan het biomedisch paradigma hebben de nood gevoeld om hun maatschappelijk nut te laten erkennen. Getuige hiervan de talloze artikels die het hebben over de perceptie tot een sector te behoren die het zwakke broertje is of die vergeten is door het sociaal-gezondheidskundig systeem, met de demonstratie van een bewezen nut dat in de crisis duidelijk is geworden. Dat drukt duidelijk een stellingname uit die niet voorkomt in het paradigma van de overheid om de crisis te beheersen. De “kwaliteit” van de zorgverlening moet dus nog collectief worden gedefinieerd, net als het object/subject van de zorg: de ziekte of de zieke, de instellingen of de mensen, de collectiviteit of de individuen.

Deze crisis dwong alle partijen van het systeem om zich aan te passen door hun traditionele actiekaders te veranderen, en dat proces is nog altijd aan de gang. De aanpassing aan een collectief probleem kan worden vergeleken met de aanpassing die nodig is bij complexe, individuele situaties, waar fysieke en mentale gezondheidsproblemen samengaan met socio-economische omstandigheden. Ze vragen namelijk vaak antwoorden op maat, waarvoor de zorgprofessionals uit het strenge kader van hun jobomschrijving en hun traditionele samenwerkingsverbanden moeten stappen of hun werkdruk moeten vergroten om de situatie van de persoon vlot te kunnen trekken. Met andere woorden, weerkerende complexe situaties zijn structureel aanwezig in de zorg- en hulpvraag en krijgen in het beste geval conjuncturele, hoogst persoonsafhankelijke antwoorden. Alsof ze een blijvend statuut van uitzonderlijke situaties behielden, die niet bestemd zijn om zich opnieuw voor te doen. Hoewel bijzondere situaties op zich weinig kans maken om zich als dusdanig

te herhalen, is het uitzonderlijke karakter van die vragen of behoeften aan zorg- en hulpverlening daarentegen wel een terugkerend fenomeen.

We hebben gezien dat de gelanceerde initiatieven en uitgewerkte antwoorden op de COVID-19-crisis niet uit het niets gecreëerd zijn, maar integendeel voortkwamen uit de inspanningen van verschillende actoren, elk binnen hun domein en vanuit hun plaats in het systeem. Het geïntegreerde zorgmodel leert ons dat een evenwicht tussen enerzijds voldoende structuur voor een systematisering van samenwerkingen in ongewone situaties en anderzijds voldoende flexibiliteit voor antwoorden op maat een succesfactor is voor individuele, complexe situaties. Geldt dat ook niet voor collectieve situaties zonder precedent, zoals de COVID-19-pandemie? Al die ervaringen brengen ons ertoe om te pleiten voor een gestructureerde organisatie van de hulp- en zorgverlening, die aanpassingen aan uitzonderlijke crisissen zoals die van vandaag mogelijk maakt en ondersteunt.

BIBLIOGRAFIE

- 1 - Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel & François Dedieu, [Gestion de crise : comment tirer les leçons du coronavirus ?](#), in AOCmedia, 21/04/2020
- 2 - Lehman, K. D. (2020), [Forgotten Emergencies During Focus on Novel Coronavirus 2019](#), J Nurse Pract. 2020 Jun 24 doi: 10.1016/j.nurpra.2020.05.012
- 3 - Charlotte Maisin, Lotte Damhuis, Alexia Serré, [La crise n'est pas que sanitaire](#), in La Revue Nouvelle, n°3 – 2020
- 4 - LBFMSM, [Retours des appels de la ligne téléphonique d'appui](#), www.lbfsm.be, 29/03/2020 - 8/06/29020
- 5 - Marie-Hélène Lahaye, [Femmes enceintes et coronavirus: respectons leur accouchement](#), in RTBF, 23/03/2020
- 6 - Clara Van Reeth, Coronavirus: la crainte d'un boom de grossesses non désirées, in Le Soir, 23/04/2020
- 7 - Laurence Wauters, [Les tests de grossesse en plein boom depuis le début du confinement](#), in Le Soir, 25/05/2020
- 8 - Huguette Boissonnat Pelsy ; Caroline Desprès; Marie Christine Picard, [Contribution à l'analyse de l'impact de la pandémie COVID 19 sur la santé de personnes en grande pauvreté : constats et propositions](#), ATD Quart-Monde, 02/05/2020
- 9 - François Perl, [Impact du confinement sur la santé mentale](#), in www.etopia.be, 17/04/2020
- 10 - Johanna Bouquet, « Migrants, exclus... "Sans un système de soins de santé accessible à tous, l'épidémie va toujours rejaillir", affirme Emmanuel André », in RTBF, 15/05/2020
- 11 - [Points d'attention du «secteur assuétudes» dans le contexte de la crise Covid-19](#), in Fedito, 27/05/2020
- 12 - Abdennour Bidar, philosophe, [Cesser d'exister pour rester en vie ?](#), in Libération, 04/05/2020
- 13 - Georges Dallemagne, député CDH, [L'enfermement prolongé des aînés, un traitement inhumain et dégradant \(carte blanche\)](#), in Le Vif, 10/06/2020
- 14 - Kevin Dero, « "A bout", "livrés à eux mêmes", "abandonnés"... : MSF dresse un rapport au vitriol sur la gestion de la crise du coronavirus dans les homes », in RTBF, 14/07/2020
- 15 - Unia, [COVID et droits humains : impact sur les personnes handicapées et leurs proches](#), juillet 2020
- 16 - Marianne Klaric, [Je rêvais que le patient était décédé. Le stress post-traumatique chez les soignants](#), 16/05/2020
- 17 - CAMILLE ANDRES, [Olivier Abel : Cette épidémie nous montre l'importance et l'étendue de nos liens](#), in RÉFORMÉS - LE JOURNAL, 28/04/2020
- 18 - Rédaction, « [Résultats du baromètre des pharmacies de la VUB](#) », 08/04/2020
- 19 - Mélanie Lannoy, [Recommandations pour les travailleurs de maisons médicales : préserver sa santé mentale](#), 08/04/2020
- 20 - Degrave, F., Casini, A., Bensliman, R., Callorda-Fossati, E., Mahieu, C., « [Le secteur de l'aide à domicile : le grand oublié de la crise du COVID-19](#) », in Le Soir, 27/03/2020
- 21 - Hospisoc, « [Travailleurs sociaux en milieu hospitalier : "Le service social fait du soin !" \(carte blanche\)](#) », in Guide Social, 10/06/2020
- 22 - KCWWZ, "Dr. Jo Butaye "[De eerstelijns hulp heeft een belangrijke rol gespeeld tijdens deze crisis](#)"
- 23 - FRB, [Les médecins généralistes sur tous les fronts](#)
- 24 - Conseil Supérieur de la Santé, [PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19](#), mai 2020, CSS N° 9589
- 25 - Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la Santé, [Pour une autre gestion de la crise du Covid-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement](#), Carte blanche, , 28/05/2020
- 26 - François Baudier & Christine Ferron, [Épidémie, crise sanitaire et COVID-19 : le pouvoir d'agir de la promotion de la santé](#), Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé, Tribune, 05/05/2020
- 27 - Ecolo, Choisir un horizon. [Pour un nouveau contrat social-écologique. Pilier 3 : renforcer et réformer notre système de soins](#), Ecolo, 09/07/2020
- 28 - Fanny Dubois, [La crise rappelle la nécessité d'agir sur les déterminants de santé et de promouvoir une approche plus territoriale de l'accompagnement et des soins](#), etopia, 10/05/2020
- 29 - KenniscentrumWWZ, [Adib in de frontlijn: Er heerst een grote onderlinge solidariteit](#), KCWWZ, 07/2020
- 30 - [Dossier Edition spéciale COVID](#), Groupe Roularta Healthcare, N°2634, 18/06/2020
- 31 - Alain Chaspierre, [Le rôle du pharmacien](#), Santé Conjuguée, 4, 2020, 14/06/2020

- 32 - Mélanie Lannoy, Stefania Marsella, Yves Gosselain, [Pratiques et innovations en maison médicale en période Covid](#), *Santé Conjuguee*, 13 mai 2020
- 33 - Miguel Rwubu, [Bruxelles, Ville-Région en Santé de l'OMS \(BVS\) - Etude de faisabilité septembre 2013-août 2014](#), Rapports d'activité, Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, 2014, 17/03/2015
- 34 - Collectif21, [L'associatif en temps de crise : résilience et place du secteur associatif face aux politiques publiques](#), Avec Jacques Moriau, sociologue ULB et CBCS, Ariane Estenne, présidente du MOC, Céline Nieuwenhuys, Secrétaire Générale de la Fédération des Services Sociaux et membre du GEES, Débat animé par Marinette Mormont (Agence Alter), 28/05/2020
- 35 - [Brussels Helps](#), Brussels Helps
- 36 - Témoignages/ getuigenissen, [Vlaamse Gemeenschapscommissie](#)
- 37 - KenniscentrumWWZ, [Getuigenissen tijdens de coronacrisis](#), KCWWZ
- 38 - Sébastien Roy, [Le Journal de bord Sébastien](#), Bx1
- 39 - L'Observatoire, [Spécial Covid-19 et travail social](#), *Revue l'Observatoire*, 05/2020
- 40 - Catherine Debucquois, [Confinés mais engagés !](#), Réseau Transition, 16/04/2020
- 41 - Santhéa, [Quand la santé mentale préoccupe](#)
- 42 - Commune de Schaerbeek, [Clôture du dispositif d'entraide / Afsluiting - burger-tot-burger zelfhulpregeling](#), Plan communal d'intervention psycho-social, communication e-mail Schaerbeek aux bénévoles, service urbanisme et prévention de la Commune de Schaerbeek
- 43 - Belga, [La police de Bruxelles-Nord prend des initiatives contre les violences conjugales](#), Bx1 Media de Bruxelles, 28/03/2020
- 44 - Médecins du Monde, [Dépistage des personnes vulnérables à Bruxelles : 4 % des personnes sans-abri bruxelloises, des transmigrant.e.s et des personnes en situation précaire sont positifs](#), Médecins du monde, 07/2020
- 45 - [Vivel.be](#)
- 46 - INAMI, [Des soins infirmiers à domicile de « cohorte » pour les patients infectés par le COVID-19 encore contagieux](#), INAMI
- 47 - Jef Hooyberghs, Ilse Weeghman, Roel Van Giel, Margot Cloet, Gerrit Rauws, [Geef burgers en patiënten controle over hun data](#), KBS/FRB-zorgnetlcuro-VPP-domus medica, VRT, 19/05/2020
- 48 - Alter-echos, [Dossier Covid-19 : le naufrage](#), Alter-Echos, n°483, 05/2020
- 49 - Leo Lewis & Nieves Ehrenberg, [Realising the true value of integrated care: Beyond COVID-19](#), International Foundation For Integrated Care, 05/2020
- 50 - Maryam Bigdeli, Dr Yves Coppieters, Muriel Gerkens, Dr Paul de Munck, Dr Xavier de Béthune, Pierre Huygens, Mathieu Noirhomme, Dr Thomas Orban, Elisabeth Paul, Dr Véronique Tellier, [Promouvoir une politique de santé intégrée et non des politiques de gestion des maladies](#), Carte blanche, Le Soir, 28/05/2020
- 51 - Jean Macq, [Notre système de santé à l'épreuve du COVID-19: une opportunité pour lui donner un nouvel élan ?](#), Carte blanche, Le Soir, 22/04/2020
- 52 - Paul goossens, [New deal voor de zorg](#), De Standaard, 30/05/2020
- 53 - RML-B, [ChroniCité / ComplexCité. Soutenir les services de soins au niveau local pour une approche des situations de santé complexes](#), Note Prospective du RML-B, RML-B, septembre 2018
- 54 - Saloua Berdaï Chaouni, [Voorbij het applaus: durven we na corona kiezen voor een echte zorgende samenleving?](#), Knack, 04/06/2020
- 55 - Bettina Hubo, [Heeft brussel plaats voor rusthuis van de toekomst](#), avec Architect Koen Van Synghel & Herwig Teugels KCWWZ, Dominique Verté, VUB, Bruzz, 17/05/2020
- 56 - RTBF, [Coronavirus dans les MRS. Nous avons abordé la crise tout nus dit Alain Maron](#), RTBF, 15/05/2020
- 57 - Denny Baert, [Directeur UZ Brussel pleit voor hervorming van de zorg: "Experten en belanghebbenden moeten het simpel houden"](#), VRT, 27/06/2020 & Kris Hendrickx, [Marc Noppen, CEO UZ Brussel: 'Geef het zorgpersoneel toch eindelijk vertrouwen'](#), Bruzz, 08/07/2020



Vers des soins intégrés de proximité
Op weg naar integrale buurtzorg

Site Pacheco

boulevard Pachecolaan 34
1000 Bruxelles - Brussel

Site Association - Vereniging

rue de l'Association 15 Verenigingstraat
1000 Bruxelles - Brussel

RPM/RPR : BE0711.719.484



+32 (0)2 880 29 80

info@brusano.brussels

www.brusano.brussels



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE